UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1913

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Contribution à l'Étude

DE

l'Irido-Choroïdite chronique

PAR

Jean LE PENDU

INTERNE PROVISOIRE DES HÔPITAUX DE NANTES

Né à Lille, le 25 Août 1889

Président : Monsieur DE LAPERSONNE, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE
OLLIER-HENRY
26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Ar^t).
—
1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie minérale	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL. TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	BROCA.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	CHAUFFARD. DEBOVE. GILBERT. LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET. QUENU. RECLUS. HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR. PINARD. RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
BALTHAZARD	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BERNARD	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GREGOIRE	LERI.	RETTERER
BRINDEAU	GUENIOT	LOEPER	RICHAUD
BROCA André	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	JOUSSET André	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	LABBE Marcel	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE.	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LECENE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE		OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

Témoignage d'amour filial et de profonde reconnaissance.

A MA MARRAINE

Souvenir de mon affection.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES A L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE NANTES

A MES MAITRES AUX HOPITAUX DE NANTES

Les Docteurs Pasquereau, Guilbaud, Mahot,
Becigneul, A. Monnier.

A Monsieur le Docteur CARADEC

MÉDECIN EN CHEF DE L'HÔPITAL CIVIL DE BREST

A MON MAITRE Monsieur le Docteur AUBINEAU

OPHTALMOLOGISTE DE L'HÔPITAL CIVIL DE BREST

A Monsieur le Docteur TERRIEN

PROFESSEUR AGRÉGÉ

OPHTALMOLOGISTE DE L'HÔPITAL BEAUJON

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur DE LAPERSONNE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qu'il nous permette de lui exprimer notre respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.

AVANT-PROPOS

Avant de commencer ce travail, il nous est agréable d'assurer de notre reconnaissance Monsieur le docteur Aubineau. Après nous avoir initié à l'ophtalmologie, il nous a inspiré le sujet de notre thèse. C'est dans son service que nous avons recueilli nos observations personnelles. De plus, il a mis à notre disposition les documents qu'il avait réunis tant dans son service de l'Hôpital civil de Brest que dans sa clientèle privée.

Nous adressons nos remerciements à Monsieur le Professeur agrégé Terrien, qui nous a autorisé à recueillir dans son service de l'Hôpital Beaujon une observation très complète et fort intéressante.

INTRODUCTION

Le but que nous nous proposons dans notre thèse est de faire ressortir l'importance d'une affection oculaire grave et relativement fréquente que nous désignerons sous le nom d'**irido-choroïdite** ou d'**uvéïte chronique**.

Il nous a semblé que les traités d'ophtalmolgie n'insistaient pas assez sur cette forme d'iridochoroïdite si bien caractérisée par ses allures cliniques et par son pronostic qu'elle mérite de constituer une entité clinique bien défini.

Aussi avons-nous réuni les oberservations qui étaient à notre disposition pour en tirer des enseignements utiles et contribuer à l'étude d'une affection qu'il nous semble important de bien connaître.

Pour étudier d'une façon complète l'irido-choroïdite chronique, il nous eût fallu apporter des renseignements anatomo-pathologiques qui nous font défaut, employer les nouvelles investigations de laboratoire susceptibles d'éclairer l'étiologie de l'affection.

N'étant pas à même de le faire, nous fournirons les renseignements cliniques capables de fixer la sympto-

matologie si nette de l'irido-choroïdite chronique. Nous insisterons sur la marche et le pronostic, sur la nécessité d'un traitement précoce et énergique.

Notre étude, bien qu'incomplète, sera, croyons-nous, utile, en attirant l'attention sur une forme d'affection uvéale chronique trop laissée dans l'oubli. Elle aura peut-être l'avantage de provoquer de nouvelles recherches et des travaux scientifiques qui la compléteront.

HISTORIQUE

La description des *amblyopies* et des *amauroses* occupe une grande place dans les traités d'ophtalmologie jusqu'à la deuxième moitié du XIX[e] siècle.

On désignait sous ce nom les troubles oculaires que nous rattachons aujourd'hui aux malades de la rétine ou du nerf optique, et beaucoup de ceux qui tiennent aux altérations de la choroïde ou du corps vitré.

Siméon avait créé, dès 1827, le terme de *uveïtis chronica*. Et Tavignot, en 1844, décrit l'inflammation chronique du corps ciliaire qu'il appelle cyclite. Il montre ses relations avec les affections de l'iris : irido-cyclite.

Mackenzie, en 1847, nous parle d'iritis a évolution lente. Il est classique de rappeler qu'en 1865 Biscarrat présentait à l'Université de Strasbourg une thèse intitulée : « Étude sur l'iritis chronique.

Fano décrit l'iritis chronique en 1866 ; en 1873, Hutchinson crée le terme de *quiet iritis*.

Nous arrivons au professeur de Lapersonne, qui étudie les uveïtes dyscrasiques, durant le cours de l'année 1889.

Grand Clément commence, en 1890, une étude sur la question et la poursuit jusqu'à nos jours. Nous citerons encore les travaux d'Abadie, ceux de 1884 et surtout ceux de 1906 ; la thèse de Charlet sur les iritis chroniques ; et nous rappelons que la meilleure description de l'affection qui nous occupe est celle qu'en a donnée Fuchs.

De par cette énumération, l'on peut se rendre compte que ce que nous appelons irido-choroïdite chronique a été désigné sous diverses appellations. C'est ainsi que nous trouvons les noms d'iritis chroniques, d'uveïte chronique, d'irido choroïdite spontanée ou idiopathique d'irido cyclite spontanée, de cyclite chronique.

Nous attachons peu d'importance à ces désignations diverses qui visent évidemment la même affection ; nous faisons simplement remarquer qu'étymologiquement ces appellations ne sont pas identiques, mais elles ont l'intérêt de faire ressortir les différentes conceptions successives que les auteurs se sont faites de l'anatomopathologie de cette affection.

Début

L'**Irido choroïdite chronique** débute : Toujours insidieusement. Elle peut commencer de deux façons différentes. Tantôt l'on ne constate objectivement aucune altération de l'iris ; les pupilles sont régulièrement arrondies et réagissent bien. Le malade se plaint seulement de troubles de la vision. Il constate que sa vue baisse et s'affaiblit ; s'il se met à lire il distingue bien les caractères, mais après un certain temps, d'autant plus court en général que le mal s'éloigne de son origine, les lettres s'embrouillent, les lignes souvent tremblent, se superposent les unes aux autres ; un voile semble se placer entre les yeux et les caractères d'impression, et le malade ne peut plus continuer sa lecture. Prend-t-il quelques minutes de repos, vient-il même à exercer un léger massage sur les paupières fermées, la lecture, la couture deviennent possibles, mais un trouble nouveau succède rapidement à cette tentative.

L'ophtalmoscope montre un trouble du vitré. Ce trouble peut être fort peu accentué : les gros corps flottants sont rares, il s'agit de corps flottants très fins, donnant l'impression de flou, analogues à celui que l'on rencontre dans les chorio-rétinites spécifiques et faisant croire à un trouble de transparence. Le premier mouvement de l'observateur est d'essuyer le miroir ou sa lentille. Ce trouble ne se localise pas comme dans la chorio-rétinite autour de la papille ; il est généralisé.

D'autres fois, le patient se présente avec des manifestations évidentes d'iritis. La pupille peut avoir conservé sa forme arrondie, mais en examinant attentivement à l'éclairage oblique, le réflexe pupillaire et le bord pupillaire, on s'aperçoit que ce dernier est épaissi et adhérent, et que la mobilité de la pupille est diminuée. Ces symptômes iriens s'accompagnent toujours dès leur début de symptômes concomittants de choroïdite se traduisant objectivement par des troubles du vitré et subjectivement par des troubles de l'acuité visuelle, comme ceux que nous avons vu plus haut. Tantôt, malgré les lésions de l'iritis, l'affection prend d'emblée l'allure chronique et ne se traduit par aucune douleur ni injection péri-kératique. Tantôt, au contraire l'affection tout en conservant un caractère évident de chronicité, procède par poussées subaigues, qui provoquent les maux de tête caractéristiques de l'iritis et qui s'accompagnent en même temps de rougeurs localisées autour de la cornée, plus ou moins étendues et présentant les caractères de l'injection péri-kératique classique.

Ce mode de début est particulièrement insidieux. C'est sur lui que Grandclément a attiré l'attention.

Tels sont généralement les deux aspects sous les quels se présentent les patients quand ils viennent pour la première fois consulter l'oculiste.

Marche

Si l'on suit l'affection, ou si le malade se présente à un stade plus avancé, on remarque que la marche insidieuse est plus ou moins rapide suivant les sujets et constamment progressive. Les lésions primitivement choroïdiennes se propagent à l'uvée et gagnent l'iris, d'où iritis, et le corps ciliaire d'où cyclite. En outre, les lésions localisées au début à l'iris s'accentuent, on assiste à l'obstruction de la pupille par les synechies postérieures, soit que les bords de l'orifice pupillaire se rapprochent, soit qu'il se forme devant la cristalloïde antérieure une membrane obstruant le champ pupillaire. Dans le dernier cas, l'éclairage oblique est nécessaire pour se rendre compte de l'intensité des lésions. Si l'on négligeait d'employer ce mode d'investigation, on serait en effet tenté de croire à une pupille régulière et normale.

Peu à peu, la diminution de la vue s'accentue, celle-ci devient de moins en moins chiffrable, en même temps l'occlusion pupillaire devient plus complète. A ce moment, l'on voit survenir des crises manifestes de glaucome avec hypertension.

Le tonus, en effet, est loin d'être le même à toutes les phases de l'affection. Normal au début, il s'élève au fur et à mesure que les poussées de glaucome prédominent, ce qui amène la cécité avec excavation du nerf optique.

Dans certains cas, et ceci prouve que le corps ciliaire est intéressé, l'œil devient hypotendu, phase qui peut succéder à la période d'hypertension. A ce moment, l'orifice pupillaire est complètement obstrué, et le cristallin cataracté, l'iris s'applique contre la cornée devenue opaque, le globe s'atrophie et l'on se trouve en présence de la phtisie de l'œil, le travail destructeur s'accompagne du décollement de la rétine et de la désorganisation du nerf optique, qui se traduisent par des phénomènes lumineux entoptiques persistants. (Panas).

DIAGNOSTIC

Le diagnostic différentiel présente des difficultés variables suivant qu'on assiste à la phase de début ou qu'on se trouve en présence d'une affection ayant déjà évolué. Le début par choroïdite, c'est-à-dire le début se traduisant par de simples troubles du vitré, oblige à un examen ophtalmoscopique très minutieux. Cet examen, en ne révélant pas de foyer de choroïdite ou de chorio-rétinite, éliminera toutes les variétés de *choroïdites* qui sont caractérisées non seulement par un trouble vitréen mais encore par la présence de plaques atrophiques et pigmentées qui intéressent la choroïde et quelques fois la choroïde et la rétine. On se souviendra que dans la *chorio-rétinite spécifique* le trouble du vitré qui présente également l'aspect d'un fin nuage est localisé devant la papille dans les parties postérieures de l'œil.

En présence des lésions d'irido-choroïdite quand cette iritis évolue par poussées subaigues on peut évidemment croire à des *iritis passagères* susceptibles de s'améliorer et de guérir par les moyens habituels.

L'emploi de l'atropine permettra alors de se faire

une opinion. En effet, dans les cas d'iritis chroniques, il est extrêmement rare que l'on obtienne par les mydriatiques (atropine, scopolamine) une dilatation de la pupille avec rupture des synechies postérieures. La plupart du temps les adhérences de la pupille et de la face postérieure de l'iris (Abadie, 1906) sont telles que seulement quelques points du bord pupillaire changent de forme et de dimension (il se forme une toute petite encoche) et souvent l'aspect de la pupille est le même après l'atropine qu'avant son emploi. En outre, et nous considérons ce point comme très important ; on remarque lorsque l'on prolonge l'action de l'atropine, alors que l'âge de la maladie permet encore une action positive des mydriatiques, qu'au niveau du bord pupillaire dilaté il se produit de nouvelles adhérences. Adhérences qui sont particulièrement dangereuses car elles favorisent l'obstruction de l'angle irien ; d'où diminution de l'espace de filtration.

Le diagnostic d'uveïte chronique sera donc confirmé par l'action insuffisante et presque nulle de l'atropine, par la production d'adhérences nouvelles malgré les mydriatiques. En un mot par la progressivité et la chronicité de l'affection. Cette dernière constatation éliminera également le diagnostic parfois fort difficile de l'*Iritis ancienne*. Dans ce dernier cas, les antécédents permettent de reconnaître à la maladie une période très nette d'évolution d'une iritis aiguë avec les symptômes généraux et locaux qui la caractérisent. L'étude de la maladie montre également que depuis la terminaison de cette iritis aiguë la vision est restée station-

naire. Il peut évidemment se faire que dans le cas d'Iritis ancienne il survienne sous la même cause de nouvelles poussées d'iritis aigues. On a même prétendu que les synechies postérieures, reliquat d'une première iritis, étaient la cause occasionnelle de nouvelles poussées (Desmarres). Nous croyons plutôt que ces observations de récidives d'iritis avec diminution de la vue à chaque poussée sont des uvëites chroniques méconnues et rentrent dans le cadre de notre travail.

PRONOSTIC

Il résulte de ce que nous venons s'exposer que le pronostic est particulièrement grave. En effet en présence de l'insuffisance d'action ou même du danger des mydriatiques, nous assistons toujours à une diminution progressive, puis à une perte de la vision qui demande en moyenne 4 à 7 ans. Il importe donc de faire un prompt diagnostic. Il faut avertir le malade et savoir le persuader que s'il ne souffre pas, il n'en est pas moins dangereusement atteint et sous le coup d'une cécité incurable. Il faut lui expliquer que l'affection est toujours bilatérale et que plus il tarde, plus il compromet ses dernières chances de guérison.

Trop souvent, malheureusement, c'est lorsque la vision n'est plus que quantitative, lorsque la pupille est obstruée, que l'iris déformé a un aspect terne et frippé, que le malade se décide à venir consulter le médecin. A ce moment du fait même de l'ancienneté de la lésion, la réaction à l'inflammation chronique a perturbé à tel point l'architecture de l'uvée, la membrane vasculaire a été si bouleversée que sa fonction

est plus que compromise et que les organes qui reçoivent d'elle leur nutrition normale, souffrent et s'altèrent. Pour peu que les lésions du cristallin et du corps vitré soient avancées, on conçoit l'assombrissement du pronostic, on imagine qu'il est plus réservé, dans une affection où il l'est déjà beaucoup (Charlet). Mais le malade doit savoir aussi, s'il s'est inquiété à temps de son état, qu'une surveillance intelligente et longtemps poursuivie, qu'une thérapeutique opportune et éclairée sont susceptibles de ralentir l'évolution d'une affection dont seul le traitement chirurgical permet dans certains cas d'obtenir l'arrêt.

OBSERVATIONS

Les observations que nous rapportons ici sont inédites, mais de valeur très inégales. Certaines sont fort incomplètes. De plus, très souvent les malades n'ont pu être suivis.

Nous croyons utile de les donner toutes cependant. Car même les moins intéressantes contiennent des renseignements d'âge ou de sexe, qui nous ont servi à établir notre statistique.

Nous ne donnerons en tête de chaque observation aucune indication, nous réservant de résumer dans un tableau, la nature, l'étiologie, le traitement et son résultat.

Observation I

M. D..., 65 ans. Irido-choroïdite. Pupille absolument immobile à droite. Forme d'iritis chronique insidieuse.

Observation II

M^me^ P..., 58 ans. Iritis œil gauche, datant de la ménopause. Les deux pupilles sont déformées et en mydriase moyenne. Iridectomie à gauche : mai 1902.

Observation de M. le docteur Bonain, chargé du service d'oto-rhino-laryngologie à l'hôpital civil de Brest, le 3 mai, 1904 on constate une ulcération de la paroi latérale gauche du pharynx.

La malade aurait eu il y a 3 ans des maux de tête, des éruptions de boutons, des douleurs articulaires. Traitement spécifique.

Le 20 juin 1904 l'on constate une grande amélioration, l'ulcération est en bonne voie de cicatrisation.

La malade revient le 13 juin 1906. Elle présente une ostéïte du plancher de la fosse nasale et de l'os propre du côté gauche. Traitement spécifique mixte.

Le 3 août 1913 la malade est revue à la consultation ophtalmologique.

oD V=1/6 oG V= perception lumineuse.

La malade est sourde, porte une perforation du voile du palais et des cicatrices cutanées.

Observation III

N... François, 7 ans 1/2. Octobre 1908.

oG : myopie forte.

oD : —22^D^ a la kératoscopie.

V= 1/6 avec —20'

Le fond d'œil présente un staphylome limité.

oG : irido-choroïdite ancienne : iris bombé synechies pupillaires complètes, cataracte.

Le malade a eu deux fois la rougeole : à 6 mois et à 5 ans. Il a eu le croup à 3 ans 1/2.

Les dents sont apparues tardivement. Elles sont striées.

Mère bien portante. Pas de fausses couches.

Une tante et une cousine également très myopes. Traitement mercuriel.

Le 3 juin 1909, l'œil gauche est devenu hypotone. La vision de l'œil droit a baissé : oD V=1/8 avec —20 D.

Les injections intra-musculaires de bi-iodure n'ont rien donné.

Le 17 juin 1909, oD — 20D V = 1/50. Le fond d'œil est très difficile à voir. Pas de décollement apparent.

Au mois d'août. L'œil droit n'a plus aucune espèce de vision. La pupille est immobile. L'iris est bombé et touche presque la cornée.

En désespoir de cause, on essaie le sirop iodo-tannique : 5 cuillerées à café par jour.

Au bout d'un mois, amélioration considérable. Les pupilles réagissent à la lumière. L'œil droit lit les grosses lettres (les 2 premières lignes de l'échelle métrique de de Wecker) sans verre à 30 centimètres.

En raison de cette amélioration, il est vraisemblable qu'il s'agissait de tuberculose.

L'enfant est dans la suite devenu complètement aveugle, et est enfermé dans un asile.

Observation IV

Mademoiselle M. Marie, 59 ans.

Iritis chronique des deux yeux. Iris bombé et sync-

chies. Cataracte complète à droite inopérable. Examen général du Dr Lenoble, de Brest, néant.

Observation V

L... Jean-Marie, 52 ans. Iritis chronique insidieuse double. Synechies. Laryngite tuberculeuse.

Observation VI

Mme L..., 62 ans.

Irido-choroïdite chronique.

Antécédents. — Il est difficile de tirer le moindre renseignement de la malade. Elle a eu 8 enfants, deux seulement sont encore vivants. Obstruction presque complète des deux pupilles.

En raison des douleurs, on pratique une iridectomie à gauche, et dans un but optique une iridectomie droite. Malgré tous les traitements, internes et locaux, la malade est devenue aveugle.

Observation VII

Sœur St-J., 54 ans. Irido-choroïdite chronique de l'œil gauche avec glaucome. Quelques opacités cristaliniennes V = 1/3. Pilocarpine.

Observation VIII

M^me^ L. C..., 38 ans. Irido-choroïdité chronique double.

oD : V = 1/3.
oG : V = 1/10.

Observation IX

M^lle^ S., 49 ans. Iritis chronique double.

Observation X

M^me^ B..., 68 ans. Irido-choroïdite chronique remontant à trois ans.

Immobilité de tout le bord pupillaire. Troubles du vitré. Corps flottants. On ne voit pas le fond d'œil.

oD V = 1/5 oG V = 1/6.

Observation XI

M^me^ X..., 48 ans.

Cette dame vient consulter le 18 octobre 1901. A cette date l'on constate une légère myopie — 0, 50 V=1.

Il s'agissait alors probablement d'un changement de réfraction attribuable à des troubles du vitré. En effet vers le 20 octobre les troubles de la vision se seraient accentués et auraient persisté depuis.

Le 2 mars 1902. L'on constate des synechies pupillaires aux deux yeux, plus accentués en bas et en dedans, ainsi que des troubles du vitré.

V = 1/3 diff. avec — 1.

Traitement : atropine.

Le 8 mars. La pupille se dilate très mal, les synechies ne se sont pas rompues, on voit néanmoins mieux le fond d'œil.

Traitement atropine et salicylate de soude (3 grammes par jour).

Le 21 mars. Bien que la pupille soit plus dilatée, le fond d'œil est trouble. Légère rougeur péri-kératique et pointillé sur la membrane de Dascemet. Dans les antécédents coliques nephrétiques.

Observation XII

Mme H..., 66 ans. Irido-choroïdite insidieuse double, synechies pupillaires et troubles du vitré.

V — 1/2 de chaque œil. Traitement : atropine.

Ant. — Prolapsus utérin depuis 18 ans.

Observation XIII

Mme C..., 55 ans.

Irido-choroïdite insidieuse. Synechies obstruant presque complètement la pupille gauche. A droite ou l'affec-

tion est moins ancienne, les synechies sont moins étendues.

Iridectomie proposée et refusée.

Traitement. — Atropine et Iodure de Potassium. La malade revient un mois plus tard non améliorée. Iridectomie double sous chloroforme.

Observation XIX

G... Gabriel, 61 ans.

Iritis chronique. Corps vitré très trouble. Pupilles inégales et adhérentes sur tout leur pourtour. L'affection a débuté par un changement dans la réfraction : depuis 6 mois, M. G..., lisait sans lunettes alors qu'il ne pouvait le faire depuis 12 ans.

o D : V = doigt à 2 centimètres

o G : V = 1/3.

Iridectomie proposée et refusée.

Le malade est devenu aveugle.

Observation XV

M^lle^ L. H..., 27 ans.

La malade vient consulter pour des troubles de la vision.

A gauche : Irido-choroïdite séreuse se traduisant par des troubles dans tout le vitré. Adhérence de tout le bord pupillaire.

L'œil droit ne présente pas de déformation pupillaire mais la malade accuse pour la deuxième fois (la vision avait déjà baissé, puis était remontée quelques mois

auparavant), une baisse de la vision.

Traitement. — Atropine et injection sous-conjonctivales.

Malgré ce traitement, les synechies augmentent.

Iridectomie à gauche le 22 novembre 1904.

Pilocarpine à droite.

Frictions mercurielles, puis injections d'Enesol.

En janvier 1905, la vision de l'œil gauche s'est remontée à la suite de l'opération. A droite le malade accuse, grâce à la pilocarpine une amélioration qui ne confirme pas l'examen objectif. En effet, l'on constate de ce côté un trouble uniformément répandu dans tout le vitré, sans corps flottants visibles. L'on constate en outre que la pupille est nettement irrégulière : il y a un crochet dans le bord pupillaire en bas. En outre, en raison des synechies, la pupille réagit mal à la lumière.

Le 13 février 1905. L'état de l'œil droit s'aggrave, le malade accuse une nouvelle baisse de la vision.

1er mars 1905. Une iridectomie droite est pratiquée sous chloroforme.

1913. La malade n'a pas été revue depuis, mais elle a fait connaître que sa vision s'était remontée d'une façon définitive.

Observation XVI

Mme B..., 62 ans. Irido-choroïdite double. Diathèse arthritique. Rhumatisme déformant. OEil gauche pupille obstruée. Examen ophtalmoscopique très réduit, vision : doigt à 30 centimètres.

OEil droit. Pas de déformation pupillaire apparente, mais trouble du vitré E : V = 1 difficilement.

Observation XVII

M^me^ B..., 46 ans. Iritis insidieuse à forme séreuse de l'œil droit. Dépôt sur la membrane de Descemet. Peu de rougeur péri-kératique, mais maux de tête.

L'œil droit semble indemne. Traitement ; atropine 3 mois après (mai 1903), la malade ne peut plus voir pour se conduire. Les deux yeux sont pris. L'atropine ne donne plus de résultat.

Le 13 mai : indectomie double.

Le 1^er^ juin : V = 1/6 de chaque œil.

Le 6 juillet : V = 1/4 de chaque œil.

Observation XVIII

M^lle^ Maria K..., 16 ans 1/2. Iritis chronique insidieuse double ayant débuté il y a 2 mois au moment de troubles de la menstruation.

Synechies des 2 yeux. Troubles du vitré.

V = 1 difficilement.

Observation XIX

Madame B..., 34 ans. Iritis déjà ancienne. Le début remonte à 6 ou 7 ans pour l'œil gauche et a environ 18 mois pour l'œil droit. Depuis cette époque, la malade emploie régulièrement l'atropine.

Examen général : Père et mère morts tuberculeux. Malade de teint jaunâtre. Souffles vasculaires à la région du cou. Rien au cœur ni aux poumons. Ni sucre, ni albumine.

Cette femme a eu 4 enfants. Sa dernière grossesse aurait été très douloureuse et se serait accompagnée de vives douleurs dans le ventre, à droite et à gauche. Pertes blanches. Ni déplacement, ni hypertrophie de la matrice. Rien aux ovaires.

Constipation. Anémie d'origine gastro-intestinale. Mauvaise hygiène.

Examen oculaire : Synechies pupillaires nombreuses. Troubles du vitré. oD : V = 2/3. oG : V = perception lumineuse.

Iridectomie double sous chloroforme, le 21 août 1903.

Le 26 août. Les bords dentelés jusqu'à la périphérie des pupilles artificielles après l'opération prouvent bien l'étendue des synechies.

Vision, oD : (O° + 1,50), V = 1/2. oG : V = perception lumineuse.

Les troubles du vitré semblent avoir disparu à droite.

En 1912. La malade a été revue. Sa vision s'est maintenue grâce à l'iridectomie.

Observation XX

T... François, 42 ans.

Ant. — Kératite ulcéro-vasculaire de l'enfance ayant laissé des cicatrices sur l'œil gauche.

Maux d'oreilles, abcès suivi de perforation à droite, il y a deux ans.

Depuis un an, la vision baisse ; Cette diminution

s'accentue il y a trois mois et décide le malade à consulter un docteur qui lui ordonne de l'atropine.

Quand nous examinons le malade les pupilles sont encore sous l'action de l'atropine, et elles sont mobilisées en mydriase avec formation de synechies. La pupille gauche est plus irrégulière. Vision oD V = 1/4 oC V = 1/8. On note de ce côté des troubles du vitré.

1913. Iridectomie double. L'affection a été arrêtée dans son évolution et la vision s'est maintenue.

oD : V = 1/4 oG : V = 1/6

Observation XXI

Mlle R..., 64 ans. Irido-choroïdite double. Rhumatisme articulaire aigu il y a 10 ans.

La vision diminue progressivement.

oD : V= 1/4 oG : V= 1/4 difficilement.

Troubles du vitré.

Actuellement douleurs articulaires fréquentes.

Observation XXII

M. O..., 56 ans. 1er examen : 7 février 1900.

Il s'agit d'irido-choroïdite chronique dont le début remonte très loin. La forme est manifestement chronique, mais les lésions ont progressé par poussées aigues. La première atteinte remonte en 1873 : les 2 yeux avaient été intéressés :

Deuxième poussée en 1875 sur oD.

Troisième poussée en 1885 sur oD.

Nous constatons des adhérences iriennes déformant

les 2 pupilles et ayant amené une séclusion papillaire presque complète à droite.

Vision oD : V= doigt à 50 centimètres.

— oG — 8 V= 1/3.

10 décembre 1900. Nouvelle poussée d'iritis : Traitement : atropine, cocaïne, salicylate de soude.

Grâce à ce traitement, l'injection péri-kératique disparaît.

Le malade est revu le 2 janvier 1901. Pas de symptômes aigus, mais la vision de l'œil gauche reste trouble (symptômes de choroïdite).

Emploi de la pilocarpine. Sous cette influence la vision de l'œil gauche remonte : oG —8 : V= 1/2. Cette vision se maintient au 5 mars 1901.

23 septembre 1902. Nouvelle poussée d'iritis, reprise d'atropine et de salicylate de soude.

2 octobre 1902. La vision baisse :

oD : V = perception lumineuse.

o G : V = 1/4 difficilement.

5 novembre 1902. Iridectomie double : la vision diminuant progressivement et les lésions progressent bien qu'il n'y ait pas de manifestations aigues.

Keratoscopie après iridectomie : à droite — 20 D.

L'examen montre des lésions maculaires.

Décembre 1902. Vision.

o D : V = O.

o G : (60 —2) —9 V = 1/3.

20 juin 1905. La vision se maintient :

o G (60 —1) — 9 : V = 1/2.

Mais les corps flottants gênent le malade.

30 mars 1908. Pas de changement notable.

27 novembre 1909. Nouvelle augmentation de la myopie.

o G (60 — 1,50) — 12 : V = 1/3.

On remarque sur l'episclère une légère rougeur.

3 janvier 1910. Injection peri-keratique en rapport

avec une nouvelle poussée aiguë. Troubles du vitré.

Diminution de vision :

o G (60 — 1,50) — 12 : V = 1/30.

Examen général pratiqué par le Dr Lenoble : négatif.

Traitement local. — Pilocarpine.

Traitement général : Solution biiodo-iodurée.

25 janvier 1910. Amélioration.

o G (60 — 1,50) — 12 : V = 1/10

26 février 1910. L'amélioration continue, mais augmentation de la myopie et de l'astigmatisme.

oG (75-5) — 15 V = 1/6.

3 avril 1910. Même examen.

12 septembre 1910. (75-5) — 16 : V = 1/6. Le malade est de nouveau gêné par les corps flottants.

17 décembre 1910. La myopie augmente de nouveau malgré la pilocarpine.

(75-5) — 18 : V = 1/6.

11 juillet 1911. oG (75-5) — 19 : V = 1/8.

16 janvier 1912. (75-6) — 24 : V = 1/10.

Frictions mercurielles.

15 mai 1912. Après 40 frictions : même vision.

Série d'injection de biiodure.

1er août 1912. Après 8 injections mercurielles mal supportées : Etat général moins bon, fatigue, vertiges.

Aucun changement dans la vision.

Champ visuel altéré, diminué en haut et dans le cadran inféro-interne. Un nouvel examen général du Dr Lenoble ne revèle rien.

18 novembre 1912. Même état. En résumé malgré tous les traitements employés, malgré l'iridectomie, la vision a baissé progressivement en même temps que la myopie augmentait, ce qui est vraisemblablement engendré par les symptômes de glaucome consécutifs à l'iritis chronique.

Observation XXIII

Mme G... 46 ans. Le 18 avril 1905, on constate une iritis double surtout accentuée à gauche et qui aurait débutée il y a un mois.

Pupilles très déformées. Peu de douleur et très légère injection peri-keratique.

Ant. — A eu six enfants et fait une fausse couche. Ni éruption, ni chute de cheveux, ni maux de gorge a été opérée en 1900 d'un kyste de l'ovaire par le Dr Civel.

Traitement. — Sirop de Gibert et atropine.

25 avril. Légère amélioration.

25 mai. La malade a cessé l'atropine ; rechute.

15 juin. Pupilles toujours irrégulières ; troubles du vitré.

27 juillet. Milieux toujours troubles.

V = 1/2 difficilement de chaque œil.

Observation XXIV

Mlle Madeleine D. S..., 21 ans. 15 décembre 1906. Depuis l'âge de 5 ans, cette jeune fille aurait toujours fait des poussées de rhumatisme articulaire frappant spécialement les articulations du genou. Nombreuses arthrites dentaires.

Père alcoolique et très probablement syphilitique.

Cette jeune fille se plaint depuis huit mois de troubles de la vue de l'œil droit. En même temps cephalalgie très violente localisée au tour de l'œil et provoquant des insomnies. Hypertension oculaire.

Vision : oD : V = 1/6. oG : V = 1.

La pupille gauche est légèrement irrégulière.

La pupille droite en revanche est adhérente sur tout son pourtour et les adhérences résistent à l'action de la scopolamine.

Troubles du vitré à droite et légère opacité de la capsule antérieure dans le champ pupillaire. Iridectomie droite le 19 décembre 1906.

Après l'iridectomie on remarque que les synechies postérieures vont jusqu'à la périphérie.

26 janvier 1907. Le vitré se trouble à gauche. La pupille gauche se déforme progressivement.

Traitement : Pilocarpine et injections sous-conjonctivrales d'eau salée.

12 mars 1907. Sous l'influence de la pilocarpine, la vision s'éclaircit et les corps flottants semblent diminuer. Continuation du traitement.

Vision : o G : V = 1. o D : V = 1/6.

6 janvier 1908. La vision s'est abaissée rapidement.

o G : V = 1/3 o D : V = 1/10.

Trouble du vitré très accentués des 2 côtés.

La pupille gauche est absolument adhérente. On pratique une iridectomie à gauche.

20 février 1908. Reprise de la Pilocarpine des 2 côtés et nouvelles injections d'eau salée. Frictions mercurielles.

21 mai 1908. Le traitement mercuriel a semblé donner de bons résultats.

o G (105 — 0,75) V = 2/3. o D : V = 1/10.

Continuation des frictions.

18 août 1908. o G (105-0,75) V = 1. o D : V = 1/4.

Cette jeune fille a quitté Brest. Elle a été revue depuis par le docteur Castelain, de Lille, à l'obligeance duquel nous devons la suite de cette observation.

Le 7 janvier 1911. La vue baisse des deux côtés.

Acuité visuelle : 5/10 pour les deux yeux.

Traitement : Pilocarpine, compresses d'eau chaude, frictions mercurielles.

Guérison au bout de 3 semaines.

La malade revient 6 mois après par une nouvelle attaque

oD V = 7/10

oG V = 2/10

Le Dr Castelain pratique 5 injections sous-conjonctivales d'eau salée. Au bout de 3 semaines l'acuité visuelle remonte à 7/10 des deux côtés avec — 0,75.

Observation XXV

François H.., 56 ans. Le malade vient consulter parce que depuis 5 semaines la vision de l'œil gauche diminue. La vision de l'œil droit est trouble depuis fort longtemps et aurait commencé à baisser voilà 15 ans. Dans les antécédents on note que la femme a eu un enfant mort-né.

Synechies déformant les 2 pupilles, beaucoup plus accentuées à gauche. Troubles du vitré.

Le malade n'a pas été suivi.

Observation XXVI

Mademoiselle Anne Le S.., 22 ans.

Antécédents : Douleurs fréquentes dans les genoux. Denture mauvaise : microdentisme. 1re molaire étranglée au collet. Cette jeune fille présente une perte complète de la vision de l'œil gauche avec occlusion pupillaire et phénomènes glaucomateux.

A droite, synechies et troubles du vitré V = 2/3. Ceci à la date du 27 juin 1907.

Traitement : Pilocarpine.

Juillet 1907. L'œil droit s'est amélioré sous l'influence de la pilocarpine. On pratique une iridectomie double. Après l'intervention : kératite parenchymateuse avec vascularisation. N'a pas été revue.

Observation XXVII

Mme St A..., 62 ans. Irido-choroïdite datant de la menopause o D : occlusion pupillaire, vision nulle. o G synechies épaisses; iris bombé V = 1/40. Phénomènes glaucomateux.

N'a pas été revue.

Observation XXVIII

Mlle B..., 55 ans. Iritis chronique chez une forte myope datant de 5 a 6 ans. Pupilles déformées. Troubles du vitré très accentués.

Examen général du Dr Lenoble : néant.

2 frères sont très myopes.

Traitement. — Sirop de Gibert. Pilocarpine.

6 mois après amélioration :

o D : V = 1/10 o G : 22 V = 1/18

Observation XXIX

Mme D..., 53 ans. Irido-choroïdite chronique syphi-

litique. Début, il y a 24 ans. Dans les antécédents : 4 fausses couches et syphilis très nette au début du mariage. Aurait fait une paralysie de la VI^me^ paire il y a quelques années.

La vision diminue progressivement. Les deux pupilles sont très réduites et presque obstruées.

o D : V = 1/3 ditficilement o G : V = 1/2

Observation XXX

M^me^ D..., 31 ans. Iritis chronique limitée à l'œil droit. Première poussée il y a huit ans. Début par corps flottants du vitré. Les synechies immobilisent la pupille en dilatation moyenne.

Actuellement à chaque époque menstruelle petite poussée subaïgue avec rougeur péri-kératique. Ni l'atropine, ni la scopolamine n'arrivent à dilater la pupille. Iridectomie proposée. La malade n'a pas été revue.

Observation XXXI

M^lle^ F... L., 50 ans. 5 mars 1908. Irido choroïdite chronique déjà ancienne, qui aurait débuté au moment de la menopause à 42 ans. Pupilles moyennement dilatées mais irrégulières de chaque côté. A droites adhérences complètes du bord pupillaire empêchant toute contraction de sphincter.

o D : V = 1/30.

A gauche pupille immobilisée sous sa partie inférieure o G : V = 1/6.

Corps flottants du vitré.

Examen général du docteur Lenoble, négatif

Traitement : Pilocarpine.

4 avril 1908. Amélioration o D : V = 1/15 ; oG V = 1/4.

Continuation de la Pilocarpine.

9 juin. o D : V = 1/15 ; oG : V = 1/2, on continue la pilocarpine.

4 novembre. L'amélioration continue. Même vision. La pupille gauche a repris sa forme arrondie. A droite la pupille qui était complètement immobile se contracte dans sa partie supérieure sous l'action de la lumière.

18 février 1909. Malgré la pilocarpine, légère diminution de vision et maux de tête.

oD : V = 1/20. oG : V = 1/3 difficilement.

Pilocarpine matin et soir.

11 mai 1909. Amélioration. oD : V = 1/15 difficilement.

oG : V = 1/2 difficilement.

19 octobre 1909. Même vision.

20 septembre 1910. Nouvelle diminution de vision.

oD : V = 1/30. oC V = 1/6.

Une iridectomie double est pratiquée. La malade a été revue en 1911 et en 1912. La vision s'est maintenue.

oD (O° + 2) V = 1/20.

oG (O° + 2) V = 1/4.

Observation XXXII

M^me^ A..., 67 ans. Iritis chronique. Une fausse couche voilà 40 ans.

Observation XXXIII

M^lle^ Marie M..., 62 ans. Irido-choroïdite insidieuse double qui aurait débutée voilà deux ans.

oD Cataracte complète, adhérences iriennes.

oG Troubles du vitré pointillé sur la membrane de Descemet V = 1/3. Pilocarpine.

Observation XXXIV

Mme H..., 44 ans. 22 février 1909. Iritis chronique. Affection ancienne. Aurait débuté à gauche voilà 12 ans. La malade ne se plaint de l'œil droit que depuis 7 à 8 mois. o D + 1 V = 2/3.

De ce côté corps flottants du vitré.

A gauche immobilité pupillaire complète oG + 2 V = 1/4.

A droite seulement symptômes de choroïdite. Pas d'adhérences visibles de la pupille.

Ant. — Cette femme n'a jamais fait de fausse couche et a eu 12 enfants dont 10 sont vivants.

Voilà 5 ou 6 ans, douleurs articulaires très vives dans les épaules et les genoux. Rien aux organes génitaux. La malade a un frère soigné par nous pour des hémorragies spontanées et récidivantes dans le vitré.

Traitement pilocarpine

18 juin 1909. Amélioration o D + 0,50 V = 1 difficilement. o G + 1,50 V = 1/2.

Continuation de la Pilocarpine.

23 décembre 1909. L'amélioration s'accentue à gauche.

o D + 0,50 V = 1 difficilement.

o G + 1,50 = 2/3 difficilement.

Observation XXXV

Madame M..., 35 ans. 15 mars 1910 : Iritis chronique gauche déjà ancienne. Pupille absolument immobile. Rien à l'œil droit. Le malade porte des cicatrices d'adénite cervicale.

15 décembre 1910 : L'affection s'est aggravée. La chambre antérieure diminue de profondeur. L'iris fait saillie en avant. Iridectomie large.

19 décembre : Amélioration considérable. L'iris a perdu son aspect bombé. On aperçoit le fond d'œil et l'on note un trouble très grand du vitré. V = 1/50.

Observation XXXVI

Madame G..., 64 ans. Irido-choroïdite double très ancienne. Occlusion pupillaire et phénomènes glaucomateux secondaires des deux côtés :

oD ; V = vague perception lumineuse,

o G : V = o.

L'état des yeux ne permet aucun traitement utile.

Observation XXXVII

Mme P..., 70 ans. Iritis chronique. Occlusion pupillaire et cécité.

Observation XXXVIII

Mme T..., 59 ans. 11 juillet 1910. Irido-choroïdite chronique de l'œil droit. Pupille plutôt dilatée, mais absolument immobile. Troubles du vitré très accentués empêchant de voir le fond d'œil. V = perception lumineuse.

Du côté gauche rien à signaler : o G + 1 : V = 1.

Cette femme n'a jamais eu d'enfants. Dans les antécédents, vagues douleurs rhumatismales apparaissent de temps à autres dans les articulations (coudes et épaules) Traitement pilocarpine, salicylate de soude.

20 août 1910. Amélioration de l'œil droit. Les doigts commencent à être comptés à quelques centimètres.

Champ visuel : 45 à droite et à gauche, 30 en haut, 55 en bas.

o G rien à noter. Continuation de la pilocarpine.

16 décembre 1910. Vision moins bonne. Champ visuel complètement disparu en haut.

8 avril 1911. o D cataracte complète. Mauvaise perception lumineuse.

o G Troubles légers du vitré, o G + 1 V = 1.

Légère inégalité pupillaire.

Traitement : Pilocarpine dans les 2 yeux.

Série d'injections intra-musculaires de cyanure de mercure.

20 septembre 1911. o G +1 : V = 1. Corps vitré plus clair. Il ne semble plus y avoir d'adhérences papillaires. Continuation de la Pilocarpine et nouvelle série d'injections.

28 mai 1912. L'œil droit est redevenu tout à fait normal.

28 mars 1912. La guérison se maintint.

La malade a été revue en novembre 1912 et au début

de 1913. La guérison s'est complètement maintenue.

C'est un cas où la pilocarpine prise à temps a sauvé l'œil gauche. Le traitement mercuriel a contribué aussi à cette guérison.

Observation XXXIX

René G..., 31 ans. 10 octobre 1910.

Les troubles de la vision auraient débuté à la suite d'une fièvre typhoïde. Examen général absolument négatif. On trouve seulement un noyau induré à la tête de l'épididyme droit. Irido-choroïdite double paraissant déjà ancienne. Les synechies résistent en partie à l'atropine, surtout à gauche où les lésions sont plus accentuées.

Corps vitré très trouble. oD V= 1/3. oG V= 1/6.

Iridectomie proposée et acceptée : Elle est pratiquée sous cocaïne le 26 octobre 1910.

13 mai 1911. Corps vitré encore très trouble.

O D (O° + 1,50) X = 1/3 difficilement.

O G (O° + 2) V = 1/10.

Traitement : Injections intra-musculaires de bi-iodure de mercure.

4 juillet 1911. Amélioration. Mais le corps vitré est loin d'avoir repris sa transparence.

O D (O° + 1) V= 1/3.

O G (O° + 1) V=1/4 difficilement.

7 août 1911. De petites poussées aigues de l'œil gauche nécessitent l'emploi du salicylate de soude.

Le malade a été revu en 1912. Nouvelle série d'injections mercurielles. L'acuité visuelle est de 1/3 pour l'œil droit et de 1/6 pour l'œil gauche.

Observation XL

Mlle Le L..., 27 ans. Irido choroïdite chronique avec synechies des 2 côtés. Corps vitré trouble.

— 1,50 V = 2/3 de chaque œil.

Etat général : Examen du docteur Lenoble, négatif.

Traitement mercuriel.

Au bout de 15 jours V = 1/2 de chaque œil.

La malade n'a pas été revue.

Observation XLI

M. M..., 29 ans. 8 décembre 1910. Irido-choroïdite insidieuse double se traduisant par une diminution de la vision, V = 1/6 de chaque œil, la paresse des pupilles et leur irrégularité et par de nombreux corps flottants du vitré. Les troubles de la vision auraient débuté en mai 1910. Le malade nie toute syphilis. Il est marié et père de deux enfants bien portants. La femme vient de faire une fausse couche récente. Traitement mercuriel ordonné mais non suivi.

11 janvier 1911. Aucune amélioration. V = 1/6 de chaque œil. Pilocarpine. Sirop de Gibert.

13 mai 1911. Amélioration oD V = 1/3 oG V = 1/4. Traitement biiodo-ioduré. Pilocarpine.

28 septembre 1911. L'œil gauche continue a s'améliorer. V = 1/3. La pupille est plus régulière. A droite légère diminution de la vision due à un léger trouble reparti sur le membrane de Descemet (cyclite). On or-

donne des injections de biiodure de Mercure que le médecin du malade a refusé de pratiquer. (1)

Le malade n'a pas été revu.

Observation XLII

Mme P..., 53 ans. 3 avril 1911. Irido-choroïde chronique très ancienne, oD : V = O. Complication de glaucome et de scléro-choroïdite antérieure.

OG lésions très accentuées. La moitié externe de l'Iris fait saillie en avant. La pupille est obstruée.

V = perception lumineuse.

Iridectomie sous chloroforme à gauche le 4 avril 1911.

25 mai 1911. oD V = doigts comptés à 1 mètre.

29 juin 1911. Amélioration oG V = 1/30.

On ne trouve rien dans les antécédents.

Observation XLIII

Mme Q..., 42 ans. Iritis chronique double. L'affection aux dires de la malade aurait débuté il y a trois ou quatre ans. Pupilles déformées et adhérentes sauf en haut où l'on remarque une certaine mobilité de l'Iris.

Troubles accentués du Vitré. Vision : oD V = 1/20. oG : V = 1/15.

Ant. — Mariée depuis 25 ans. N'a jamais eu d'en-

(1) Il est à signaler que parfois les médecins se refusent à exécuter le traitement mercuriel ordonné par le spécialiste ; l'origine vénérienne du mal ne leur semblant pas nettement établie.

fants, a toujours été maigre et chétive. Aurait fait une fièvre typhoïde. Un frère mort tuberculeux.

Traitement. — Pilocarpine. Sirop iodo-tannique. La malade n'a pas été revue.

Observation XLIV

Mme C..., 53 ans. Bonne santé habituelle. Aurait fait une fausse couche. Prétend que sa vue aurait commencé à baisser à la menopause. Irido-choroïdite double. oG pupille très adhérente, troubles du vitré rendant impossible l'examen du fond d'œil : V = perception lumineuse.

oD : quelques synechies postérieures. Léger trouble du vitré. oD + 0,75 V = 2/3. Traitement : Pilocarpine.

L'Iridectomie est proposée et refusée. La malade n'a pas été revue.

Observation XLV

Madame L... B.., 70 ans. Irido-choroïdite double.

Immobilité pupillaire absolue. oG V = 1/15.

A droite, immobilité pupillaire relative oD V = 1/3.

Antécédents : Une fausse couche et un accouchement prématuré.

Traitement : injections de biiodure ordonnées.

Iridectomie proposée.

N'a pas été revue.

Observation XLVI

M. A. Le D... 24 ans. Irido-choroïdite double. Pupilles déformées et adhérentes. Troubles du vitré V = 1/3 environ de chaque œil. Antécédents : cicatrices d'adénite cervicale et laryngite chronique.

N'a pas été revu.

Observation XLVII

Madame N..., 45 ans. Irido-choroïdite double. Pupilles adhérentes et déformées. Troubles du vitré. La vue baisse depuis déjà 3 ou 4 ans.

oD : V = 1/8 oG : V = 1/4

Dans les antécédents : deux fausses couches.

N'a pas été revue.

Observation XLVIII

M. M.., 57 ans. Iritis chronique ancienne. La vision diminue progressivement depuis 5 à 6 ans. Synéchies pupillaires nombreuses. Une petite partie de l'iris seulement réagit à l'atropine. Troubles du vitré. Une iridectomie double est pratiquée sous chloroforme. La vision s'est maintenue depuis l'opération.

Observation XLIX

Mme C..., 36 ans, 14 février 1912. Irido-choroïdite double évoluant depuis plusieurs années par petites poussées subaigues et laissant toujours après elle une diminution de vision. Pupilles moyennement dilatées, à bords dentelés très peu mobiles surtout à gauche.

Vision : o D — 1 V = 1/2 o G V = 1/15

Traitement. — Solution biiodo-iodurée et provisoirement atropiné pendant quelques jours à cause d'une poussée subaigue. Ensuite Pilocarpine.

5 mars 1912. Aucune amélioration. Une iridectomie double est pratiquée sous chloroforme.

25 mars 1912 : o D (o° + 1) — 2 V = 2/3.
o G (o° + 1) — 2 V = 1/15.

Les troubles du vitré sont toujours très accentués.

Traitement. — Injections intra-musculaires de biiodure de Mercure.

30 mai. Après 19 injections Amélioration très nette.
o D — 2 V = 2/3 o G — 2 V = 1/6

29 mars mars 1913. Le fond d'œil a repris sa clarté.
o D (o° + 1) — 2 V = 2/3 o G — 2 V = 1/6

Observation L

Mme G..., 56 ans. Irido-choroïdite double ancienne. Vision très réduite.

o D V Perception lumineuse. o G V = 1/20.

Antécédents : néant. Iridectomie double le 26 mars 1912.

21 avril 1912 o D V = 1/20 o G V = 1/15.
14 juillet 1912. o D V = 1/6 o G V = 1/4.

Observation LI

Mme D..., 43 ans. 23 mai 1912. Irido-choroïdite double avec myopie forte. Antécédents : une fausse couche. 2 enfants dont un mort à 15 ans tuberculeux. Mari mort de tuberculose.

Grand'mère myope. Mère très myope.

Pupilles déformées en mydriase moyenne. Troubles du vitré.

o D -20^{d} V = 1/50. o G -20^{d} V = 1/4.

Traitement : Pilocarpine.

18 février 1913 :

o D -20^{D} V — 1/40. o G —20 V = 1/5.

Vitrés toujours troubles. Continuation de la pilocarpine.

Observation LII

Jean Q..., 35 ans. 7 juin 1912. Irido-choroïdite double. Le premier trouble de la vision remonterait à l'âge de 24 ans (il y a 11 ans). Antécédents : son père mort de tuberculose. Rien à noter dans les antécédents personnels. Pupilles adhérentes sur tout leur pourtour et troubles du vitré.

o D : V = 1/15 difficilement. o G : V = 1/8.

Le lendemain iridectomie double sous chloroforme.

19 juillet 1912 :

o D (0^{o} + 1) V = 1/15.

o G (100 —1,50) +1,5 V = 1/4.

Le malade n'a pas été revu.

Observation LIII (personnelle)

Mme Q..., 48 ans. 5 octobre 1912. Irido-choroïdite chronique double très ancienne. Les pupilles sont très adhérentes et en voie d'obstruction complète.

o D : V = 1/6 difficilement.

o G : V = 1/3 difficilement.

Dans les antécédents on note une fausse couche. Aurait eu un abcès sous-axillaire (gomme?). Traitement : Pilocarpine et solution biiodo-iodurée.

8 novembre 1912 : o D : V = 1/3. o G : V = 1/10.

Avril 1913. Agravation de l'état oculaire. Iridectomie double. Voulant éviter toute traction à la capsule du cristallin, il n'est pas possible de faire une iridectomie complète. Au niveau du sphincter une partie de l'iris reste adhérente à la capsule des deux côtés. En même temps hémorragie abondante de l'iris au moment de sa section.

Observation LIV (personnelle)

M. C..., 49 ans. 22 février 1913 : Irido-choroïdite double dont le malade se plaint depuis 3 ou 4 ans. Troubles de la vision due à des corps flottants du vitré. Rien dans les antécédents (5 enfants bien portants). Les pupilles semblent égales et régulièrement arrondies, mais elles ne réagissent pas. Fond d'œil très trouble, surtout à gauche.

o D : V = 1 difficilement oG : V = 1/10

Soumises à l'atropine, les pupilles ne se dilatent pas ce qui prouve l'ancienneté des lésions et leur étendue.

Traitement : Pilocarpine et solution biiodo-iodurée.

8 mars 1913 ; Agravation des deux côtés. Douleurs périorbitaires très vives à gauche et empêchant le malade de dormir : oG < 1/10.

Une iridectomie double est pratiquée sous chloroforme.

A droite, l'iridectomie n'a pas permis de rompre les synechies annulaires, ce qui donne l'aspect d'une pupille double.

12 mars 1913. Le malade ne souffre plus et prétend que sa vision s'améliore.

19 avril 1913. L'œil droit a recouvré la vision normale. A gauche, au contraire, pas de vision chiffrable. De plus, les corps flottants du vitré rendent la vision très trouble. De ce côté encore, le champ visuel est retréci, mais pas dans la partie interne. Le tonus semble normal.

Observation LV (personnelle)

Mme G..., 31 ans. 24 avril 1913. *Ant. :* à l'âge de 20 ans aurait eu une première atteinte ayant porté sur les deux yeux, qui aurait duré 3 mois et aurait coïncidé avec une diminution de l'audition.

Mariée depuis 6 ans, elle a 3 enfants bien portants. Mais depuis un an son état général s'est modifié et elle a beaucoup maigri.

La malade se plaint d'un trouble de la vision qui ne s'accompagne ni de douleur, ni de rougeur. Nous constatons une iritis séreuse double avec pointillé sur la membrane de Descemet. Les pupilles plutôt dilatées sont partiellement adhérentes avec synéchies des deux côtés. O D V = 1/4 O G V = 1/6.

Les deux yeux présentent des troubles du vitré.
Traitement : Pilocarpine, sirop iodo-tannique.
L'on propose à la malade une iridectomie double.

Observation LVI

(Recueillie à l'hôpital Beaujon dans le service de M. le Professeur agrégé Terrien.)

Mme M..., 37 ans.

Antécédents personnels : On relève 7 ans avant l'apparition des phénomènes oculaires, à la suite d'un accouchement, une légère endo-métrite.

Antécédents héréditaires : Néant.

Dans le courant de février 1910, légère douleur de l'œil gauche avec élancements dans les régions frontale et temporale. Quelques jours après l'œil devient rouge.

La vision baisse rapidement : la malade raconte qu'en se regardant avec l'œil gauche dans une glace, elle apercevait comme une ombre d'elle-même.

Traitement : atropine.

Nouvelle poussée inflammatoire 3 semaines après.

Traitement : frictions mercurielles, atropine, compressés chaudes, électricité. Les adhérences ne se rompent pas.

Novembre 1910. L'œil gauche redevient un peu rouge. Baisse de vision. Atropine. Le docteur Siegrist (de Berlin) diagnostique une iritis tuberculeuse. Traitement : 5 injections de tuberculine, mal tolérées.

30 janvier 1911. Iridectomie à gauche. Perte de la vision.

En décembre 1911 ainsi qu'en février 1912 nouvelles poussées inflammatoires : atropine et compr. chaudes,

25 janvier 1915. Trouble de la vue de l'œil droit, coïncidant avec une légère douleur.

3 février 1913. La vue baisse. Légère inflammation. Traitement : atropine.

Nous examinons la malade à l'hôpital Beaujon.

L'on constate du côté gauche des vestiges d'une iridectomie pratiquée en haut et en dedans. La pupille est complètement obstruée. Il semble qu'il y ait atrophie de l'iris. La cornée est normale.

A droite, dépôt brun, triangulaire sur la membrane de Descemet. A la partie inférieure de l'iris on note un tubercule jaunâtre gros comme une tête d'épingle et vascularisé, signature de l'affection. Le fond d'œil est très difficilement perceptible à gauche, le tonus est nettement diminué. A droite par contre, il est légèrement augmenté. La vision est de 4/10.

Du 18 février 1913 au 5 mars. 10 piqûres de biiodure de mercure sont pratiquées à raison de une par jour. Installations d'atropine.

Du 5 mars au 8 avril. 21 piqûres de tuberculine de l'institut Pasteur sont pratiquées.

5 injections au dix millionnième.

4 injections au millionnième.

12 injections au dix millième.

Numéro de l'observation	Age	Sexe	Nature de la maladie	Étiologie	Renseignements cliniques	Traitement	Résultat
I	65	M.	Irido-choroïdite chronique double	»	»	»	«
II	56	F.	Monolatérale oG	Syphilis	»	Iridectomie oG	«
III	7 1/2	M.	double	»	Myopie. Cataracte oG	Mercure, sirop iodo-tannique	Cécité
IV	59	F.	id.	»	Cataracte oD	»	«
V	52	M.	id.	Tuberculose	Laryngite tuberculeuse	»	«
VI	62	F.	id.	»	Obstruction pupillaire Glaucome oG	» Iridectomie double	» Cécité
VII	54	F.	Monolatérale oG	»	Glaucome	Pilocarpine	«
VIII	38	F.	double	»	»	»	«
IX	49	F.	id.	»	»	»	«
X	68	F.	id.	»	»	»	«
XI	48	F.	id.	»	Myopie légère	Atropine	«
XII	66	F.	id.	»	Prolapsus utérin	Atropine	«
XIII	55	F.	id.	»	»	Iridectomie	«
XIV	61	M.	id.	»	Changement de réfraction	»	Cécité
XV	27	F.	id.	»	»	Iridectomie	Guérison
XVI	62	F.	id	Arthritisme	Rhumatisme déformant	»	«
XVII	46	F.	id.	»	»	Iridectomie	Amélioration
XVIII	16 1/2	F.	id.	»	Troubles de la menstruation	»	«
XIX	34	F.	id.	Tubercul. probable	»	Iridectomie	Guérison
XX	42	M.	id.	Tubercul. probable	Keratite ulcéro-vasculaire de l'enfance	Iridectomie	Guérison
XXI	64	F.	id.	Rhumatisme (?)	Douleurs articulaires fréquentes	»	»
XXII	56	M.	id.	»	Myopie forte	Iridectomie	Cécité
XXIII	46	F.	id.	»	»	Atropine	«
XXIV	21	F.	id.	Rhumatisme	»	Pilocarpine mercure	Guérison
XXV	56	M.	id.	Syphilis probable	»	»	«

XXVI	22	F.	double	Tubercul. probable	Glaucome oG	Iridectomie	Amélioration
XXVII	62	F.	id.	»	Glaucome, début à la menopause	»	»
XXVIII	55	F.	id.	»	Forte myopie	Pilocarpine	Amélioration
XXIX	53	F.	id.	Syphilis	»	»	»
XXX	31	F.	Monolatérale oD	»	Poussée à chaque période menstruelle	Atropine	»
XXXI	50	F.	double	»	Début à la menopause	Pilocarpine	Amélioration
XXXII	67	F.	id.	»	»	»	»
XXXIII	62	F.	id.	»	»	Pilocarpine	
XXXIV	44	F.	id.	»	Douleurs articulaires	Pilocarpine	Amélioration
XXXV	35	F.	Monolatérale oG	Tuberculose	Cicatrices adénite cervicale	Iridectomie oG	Guérison
XXXVI	64	F.	double	»	Glaucome	»	»
XXXVII	70	F.	id.	»	Cécité	«	»
XXXVIII	59	F.	id.	Rhumatisme	»	Pilocarpine,mercure	Guérison
XXXIX	31	M.	id.	Tuberculose (?)	Noyau épididymaire	Iridectomie	Amélioration
XL	27	F.	id.	»	»	Mercure	»
XLI	29	M.	id.	»	»	Pilocarpine	Amélioration
XLII	53	F.	id.	»	Glaucome et scléro-choroïdite ant. oD	Iridectomie oG	»
XLIII	42	F.	id.	Tuberculose	»	Sirop iodo-tannique. Pilocarpine	»
XLIV	53	F.	id.	»			
XLV	40	F.	id.	Syphilis (?)	Début à la menopause	Pilocarpine	»
XLVI	24	M.	id.	Tuberculose	Fausse couche	Mercure	
XLVIi	45	F.	id.	Syphilis	Laryngite, adenite amicale	»	»
XLVIII	57	M.	id.	»	2 fausses couches	»	
XLIX	36	F.	id.	»	»	Iridectomie	Guérison
L	56	F.	id.	»	»	Iridectomie	Guérison
LI	43	F.	id.	Tuberculose	»	Iridectomie	Guérison
LII	35	M.	id.	Tuberculose	Myopie forte	Pilocarpine	Amélioration
LIII	48	F.	id.	Syphilis (?)	»	Iridectomie	»
LIV	49	M.	id.	»	oG Glaucome	Iridectomie	Guérison oD
LV	31	F.	id.	»	»	Sirop codo-tannique Pilocarpine	»
LVI	37	F.	id.	Tuberculose	Glaucone oG	Tuberculinothérapie	Guérison oD

ÉTIOLOGIE & PATHOGÉNIE

Le sexe a sur la fréquence de l'irido-choroïdite chronique une influence certaine. L'affection est beaucoup plus commune chez la femme que chez l'homme. Pourtant, cette assertion est combattue par Lassus (cité par Deval) ainsi que par Distler. De Graefe attribue 2/3 des cas au sexe féminin. Notre statistique personnelle donne 82 femmes atteintes sur 100 malades.

Par contre, pour l'âge, nous sommes arrivés à des chiffres absolument comparables chez la femme et chez l'homme. L'âge minimum relevé est de 7 ans 1/2, l'âge maximum de 79. La moyenne de nos observations est de 49 ans pour les deux sexes.

L'affection est *toujours bilatérale*, mais très rarement d'emblée. Sur 54 malades nous n'avons rencontré que 5 cas de monolatéralité de l'affection (3 fois par l'œil gauche, 2 fois par l'œil droit) encore faut-il ajouter que ce sont 5 malades que nous n'avons pu suivre.

Peut-être, les traumatismes ont-ils une action prédisposante ; rien ne nous autorise à l'affirmer. Schoen

incrimine les efforts prolongés d'accommodation, influence contestée par Terrien.

Notons encore la myopie (influence entrevue par Deval et dont nous avons relevé plusieurs cas que l'on trouvera aux observations. Il est intéressant de remarquer qu'elle augmente au fur et à mesure des progrès de l'affection.

Presque tous les cas d'iritis chroniques ont été rapportés pendant longtemps à la syphilis (Larrey, clin. chirur. t. I., p. 429). Mais Velpeau fait remarquer que fréquemment les malades nient toute maladie vénérienne et que souvent le traitement mercuriel est employé en vain. C'est ce qui faisait dire à Lisfranc : La syphilis est une planche de salut. Presque tous les auteurs modernes ont noté la rareté de la syphilis comme facteur de l'irido-choroïdite. La maladie a été attribuée suivant les cas à des affections de l'utérus : endométrite (Vignes et Batcaud), à des troubles de la menstruation (Berger et Loevy, Senn et Spirig Woods), à des affections du nez ou des sinus frontaux ou maxillaires (Everbusch).

D'autres fois elle a été attribuée à des troubles de la nutrition, à la rétention de l'acide urique (Brunson) Elschnig et Leber citent le diabète. Galezowski et Berchie incriminent l'insuffisance ovarienne. Mais nous ne voyons pas par quel mécanisme un trouble glondulaire peut provoquer des lésions inflammatoires (Morax).

Le rhumatisme est souvent mis en cause. Cependant il faut se garder d'exagérer la fréquence de cette cause, car il est certain que bien souvent cette étiquette ne sert

qu'à masquer notre ignorance (Terrien).

En 1881, Rohmer (de Nancy), et après d'autres auteurs, en particulier, Dor, Fonsagrives et enfin Mlle Tschoumakova (1911), élève du professeur De Lapersonne, ont attiré l'attention sur l'existence des uvéïtes chroniques d'origine bacillaire (tuberculose inflammatoire). Et Stock a apporté la démonstration expérimentale au congrès d'Heidelberg, en 1903.

Igers Heimer rapporte que sur 50 malades atteints d'affections du tractus uvéal la réaction à la tuberculine fut positive dans une proportion de 88 pour cent.

(1) Nous avons apporté des observations. Parfois nous n'avons pu conclure d'une façon précise et notre diagnostic est resté en suspens. Nous basant sur les cas non douteux, nous arrivons aux résultats suivants rapportés à cent.

La syphilis est nette dans 20 cas et probable dans 15. La tuberculose certaine dans 35 et probable dans 10. 15 observations incriminent le rhumatisme et 5 l'arthritisme. Mais il faut bien ajouter que dans 35 pour cent des cas nous n'avons pu nous prononcer, n'ayant pas à notre disposition des moyens suffisants. Le laboratoire n'a pu venir au secours de notre clinique. Du reste, fort souvent, comme l'ont fait voir Rochon-Duvigneaud (1910) et Bach (1912), les méthodes de recherches restent impuissantes et la cause de l'affection indéterminée.

(1) A l'appui de l'origine tuberculeuse de l'uvéïte chronique, nous devons citer les opinions émises par les professeurs Axenfeld et Fuchs à la suite de la communication de M. de Schweinitz au récent congrès de Londres (août 1913).

TRAITEMENT

Le traitement sera général, régional et local. Pour employer efficacement le traitement général, il faudrait être fixé d'une façon certaine sur l'étiologie de l'uveïte chronique. Il est possible qu'avec de nouvelles méthodes d'investigation (Wasserman, Réaction à la tuberculine) on puisse avoir des indications utiles de traitement général rationnel. Il convient de se rappeler que l'uveïte chronique n'est pas la lésion spécifique d'une même étiologie, et que si la tuberculose est probablement la cause de la majorité des cas, une affection syphilitique ou une autre infection susceptible de s'améliorer par un traitement mercuriel (1) peuvent être envisagées et que le médecin en présence du doute est autorisé à employer d'abord le traitement hydrargyrique. Panas le conseillait.

Mais en cas d'échec il ne faudra pas hésiter dans certaines circonstances à essayer un traitement anti-tuberculeux : sirop iodo-tannique, huile de foie de morue, méthode de Ferrier. Nous avons vu employer avec plein

(1) C'est ainsi que le mercure améliore l'ophtalmie sympathique.

succès dans le service de M. le Professeur Terrien, la tuberculino-thérapie ; elle fait fortement l'objet d'une de nos observations. Voici comment on l'emploie : Le principe de la méthode est d'employer des doses extrêmement faibles, surtout pour la première piqûre, et d'autant plus que la tuberculose est plus grave. La tuberculine utilisée est celle de l'Institut Pasteur, émulsion de bacilles broyés mais non centrifugés, qui contient tous les principes actifs solubles ou insolubles du bacille de Koch. Elle renferme un milligramme de substance bacillaire par centimètre cube. On le dilue avec de l'eau phéniquée à 0,5 o/o. On commence le traitement avec la solution contenant un dix-millionnième de milligramme par centimètre cube. Avec de telles doses qu'on n'élève que prudemment et progressivement, les risques sont pour ainsi dire nuls, surtout pour nous, oculistes, qui avons affaire à des lésions évoluant d'une façon torpide sans phénomènes généraux, dans une coque à peu près complètement fermée. (Professeur Terrien). S'il existe des lésions pulmonaires il ne faudra pas recourir au traitement par la tuberculine.

Enfin si l'on juge à propos de pratiquer une désinfection intestinale on se rappellera que Panas préconisait fort l'iodoforme. Le cas échéant, le traitement régional consistera en une ablation de végétation pharyngée, de polypes nasaux, une avulsion de dent, une cautérisation ou une ablation d'amydales, une trépanation ou un drainage de sinus, ou encore une dilatation des voies lacrymales (Truc).

Quant au traitement local il consiste dans l'emploi de collyres ou dans une intervention chirurgicale. On ne saurait assez prémunir contre l'emploi inconsidéré de l'atropine, comme le pratiquent malheureusement une foule de praticiens qui s'en servent dans n'importe quelle affection oculaire. C'est un médicament qu'on n'appliquera que dans certains cas déterminés et juste autant qu'il le faut pour obtenir l'effet désiré (Fuchs, loc. cit.). Dans le cas de poussées subaigues elle est susceptible de donner une amélioration.

Mais elle est inutile dès que les synechies ont constitué l'immobilité pupillaire et devient dangereuse si l'on continue un certain temps son emploi. Nous avons en effet montré que la plupart du temps elle ne pouvait pas rompre les synechies et qu'elle n'entravait pas la marche de l'affection que de plus elle favorise les adhérences postérieures élevées très dangereuses pour l'intégrité de l'angle de filtration. Ainsi donc les mydriatiques en pareil cas sont insuffisants, souvent inutiles et parfois dangereux.

Pouvons-nous espérer des résultats plus heureux par l'emploi des myotiques ? Panas écrivait : « Mais comme l'affection à une grande tendance à se compliquer de glaucome, il faut explorer chaque jour le tonus de l'œil et substituer aussitôt les myotiques, combinés aux paracentésés et à la sclérectomie. »

Nous avons employé d'une façon systématique la *pilocarpine* dans les cas où l'affection était à ses débuts. Dans les cas où le malade se refuse à toute intervention,

la pilocarpine a le gros avantage de pouvoir être continuée sans danger. Elle nous a parue utile.

On peut voir que chez certains de nos malades, dont l'exemple le plus typique est l'observation portant le numéro 38, l'emploi constant et prolongé de la pilocarpine a permis de conserver pendant plus de deux ans la vision normale d'un œil, a régularisé le bord pupillaire et fait disparaître les troubles du vitré. Bien plus dans beaucoup de nos observations ou le bord pupillaire était immobile par adhérence circulaire ou l'atropinisation était vouée d'emblée à un insuccès, où le patient refusait toute intervention, l'emploi de la pilocarpine nous a donné pendant un temps variable une amélioration de la vision.

Toutefois, si l'affection est ancienne, la pilocarpine ne peut constituer a elle seule un traitement suffisant, et le médecin a le devoir de proposer et de faire accepter le plus tôt possible, l'intervention chirurgicale.

Les opérations anciennes (corelysis) qui s'adressaient aux adhérences pupillaires elles-mêmes sont aujourd'hui abandonnées.

Dianoux de Nantes (Société française d'Ophtalmologie, mai 1891) a préconisé les petites cautérisations ignées faites circulairement en arrière de la cornée, sur la conjonctive sclérale.

L'iridectomie préconisée, par de Graefe en 1855, est le seul traitement qui permette d'arrêter la marche de l'affection en écartant le danger de l'obstruction pupil-

laire et de ses complications (hypertension) et en supprimant l'éventualité de poussées inflammatoires.

Elle sera faite périphériquement comme l'iridectomie du glaucome de façon à dégager l'angle irien. On se rend compte lorsqu'on tire l'iris au dehors pour le sectionner de l'adhérence du tissu irien à la capsule antérieure, qui souvent ne permet pas de libérer la partie attenante au bord pupillaire. On se rend compte également de la présence dans le champ pupillaire de débris uvéaux placés très haut qui montrent l'étendue des lésions sur la face postérieure de l'iris.

Même dans les cas heureux, il est rare que l'iridectomie améliore la vision, mais elle la maintient. Après une période d'abaissement due à l'astigmatisme opératoire on remarque que la vision se rétablit et revient généralement au même niveau qu'avant l'opération.

Il en résulte que l'iridectomie ne peut être pratiquée — sauf dans le but de faire cesser des douleurs — qu'autant que l'œil possède encore une vision chiffrable.

Plus tôt elle sera pratiquée, plus le malade conservera de vision.

Voyons maintenant quels sont dans leur ensemble les résultats de l'iridectomie dans les cas d'uvéite chronique. Zimmermann sur 180 malades note 9 pour 100 d'insuccès. Il ajoute qu'il s'est agi le plus souvent d'yeux à une période avancée du mal, ou déjà atteint de complications telles que cataracte, décollement de la rétine, ou glaucome.

Notre statistique personnelle porte sur 18 iridecto-

mies. 2 malades sont devenus aveugles, ce qui donnerait une proportion de 11 o/o (voir les observations 6, 22), 5 n'ont pas été suivis, 12 guérisons se sont maintenues dont plusieurs depuis un certain nombre d'années.

L'iridectomie ne doit pas faire perdre de vue la surveillance du malade et la continuation du traitement général, mais elle constitue le traitement de choix et reste le moyen le plus certain d'éviter la cécité dans l'irido-choroïdite chronique.

CONCLUSIONS

I. — Il existe une forme qui mérite une place à part et très importante dans le chapitre des irido-choroïdites, c'est l'*irido-choroïdite chronique*.

Elle débute soit par des altérations de l'iris, soit, ce qui est le plus fréquent, par des altérations de la choroïde, mais envahit toujours la choroïde, le corps ciliaire et l'iris.

La marche est particulièrement lente, mais progressive, et elle aboutit toujours si elle n'est pas traitée d'une façon convenable à l'occlusion pupillaire et à la cécité.

II. — L'affection est plus commune chez la femme que chez l'homme.

Les antécédents sont souvent négatifs et ne permettent que rarement d'assigner une étiologie précise.

La syphilis et surtout la *tuberculose* nous paraissent être les causes les plus fréquentes.

III. — Les mydriatiques ne peuvent avoir qu'une action heureuse passagère et seulement dans les cas où se produisent de petites poussées aigues.

L'emploi prolongé de l'atropine est dangereux parce qu'il immobilise l'iris ou mydriase.

L'atropine est presque toujours inutile en raison de l'étendue des synechies postérieures qui paralysent son action sur la pupille.

L'action utile des myotiques est quelques fois manifeste au début de l'affection.

La plupart du temps on ne saurait s'attarder à l'usage des collyres quels qu'ils soient sans aggraver le pronostic.

L'iridectomie est le traitement de choix et doit être proposée systématiquement.

Dans la majorité des cas, elle évite la cécité.

Vu :
Le Président de Thèse,
DE LAPERSONNE.

Vu :
Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Abadie : Des manifestations oculaires de la scrofule et de la syphilis héréditaire. *Bull. de la Soc. franç. d'Ophl.* 1884.

— Traité des maladies des yeux, 1876.

— Des indications de l'iridectomie dans les irido-choroïdites. *Ann. d'oculist.* juin 1906.

Alessandro : La tuberculose irienne diagnostiquée et traitée par la tuberculine. *Clinica oculistica.* Mai-juin 1908 p, 3198.

Anglade : Tuberculino-thérapie dans la tuberculose oculaire. Th. Bordeaux, 1912.

Aubineau : Difficulté du diagnostic de la nature syphilitique de l'iritis. *Ann. d'oculist.* Août 1905.

Baas : Iritis séreuse. *Archiv. d'opht.* 1904, p. 806.

Bach : Ueber die Tuberkulose-infection des Auges. *Archiv. f. Augenheilkunde* 1894. Bd. 28.

— Ætiologie und verlauf des uveal tractus. *Zeitschr. f. Augenk.* Vol. XXVII, p. 8, 1912.

Badal : Injection sous conjonctivale de sublimé dans un cas d'irido-choroïdite rebelle. *Soc. de Méd. et de chirurg. de Bordeaux* 1892.

Baudoin : Complications inédites de l'iridectomie dans l'occlusion pupillaire complète et moyensd'y obvier. *Rev. gener. d'opht.* 1900, p. 457.

Beaumont W. M. William : The ætiologie of iritis. *Britesh. med. jour.* Dec. 1910.

Benedict : Handbuch der practischen Augenheilkunde. Leipzig. 1822.

Berger et Lœwy : Les troubles oculaires d'origine genitale chez la femme. Paris 1906.

Bettremieux : Irido-choroïdite améliorée par la sclérectomie. *Soc. Belg. d'opht.* 14 mai 1911.

Biscarrat : Iritis chronique. Th. Strasbourg, n° 827, 1865.

Brewerton : Chronic tuberculous irido-cyclitis. Ophtalm. *Review August.* 1910.

Brillaud : De quelques formes de la tuberculose oculaire et de leur traitement. Th. Paris 1906.

Brown. — Lésions anatomiques (uvéite proliférante de Fuchs) dans 3 cas d'ophtalmie sympathique. *Arch. of opht.*, mars-avril 1907, p. 173.

Bruasasio. — Sulla cura dell' irido-choroïdite recidivante. *Giorn. d. r. soc. ed. accad.-vet. ital.* Torino 1905, t. IV, p. 271.

Brunetière. — Notes sur l'iritis diabétique. *L'opht. provinc.* fév. 1909.

Burnham G H. — The combined treatment in diseases of the eye especially in that of the uveal tractus. *Britisch med. journ.* London 1904, t. II, p. 310.

Butler T. Harrisson. — The aetiology of iritis. *British med. journ.* August. 27 th. 1910 .

Campbell Kenneth. — Etiology of iritis. *British med. journ.* July 23 th. 1910, and August 27 th. 1910.

Caudron. — Des affections du tractus uvéal dans leurs rapports avec les troubles de la vie sexuelle chez la femme. *Gaz. des Hôp.* 1878, p. 859.

Chacon. — La irido-choroïditis chronica. *Gaz. med. de Mexico*, 1907. 3. s. ii 369-376.

— La inflammation cronica del tractus uvéal. *Archiv. de oftal. hispano-america.* Barcel. 1909, IX, p. 15-20.

Champsaur. — Des résultats immédiats et éloignés de l'iridectomie dans l'irido-capsulite avec adhérences capsulaires. Th. Lyon, 1887.

Charlet. — Traitement de l'uvéïte chronique. Th. Montpellier 1911.

Chatelot. — Contribution à l'étude de l'iritis séreuse. Th. Paris, 1891.

Chevallereau et Chaillous. — Recherches sur l'étiologie de l'iritis. Congrès d'ophtalm. Lucerne, sept. 1904.

Clavelier. — Etude sur la pathogénie des iritis et des irido-choroïdites chez les jeunes gens. Th. Toulouse 1894.

Conche. — De l'irido-choroïdite glaucomateuse, 1862.

Cohn. — Uterus und auge. Eine darstellung uber funktionen und krankheiten des weiblichen geschlets apparaten in ihrem pathogenen einflus auf das schorgan. Wiesbaden 1890.

Copper. — Iritis rhumatismale et tuberculose. *Lyon médical* 1906.

Courmont et Reval. — Tuberculose latente et sero-diagnostic. *Lyon médical*, mars 1906.

Couturier. — De l'iritis scrofuleuse dans les Vosges. *France médicale*, 1886.

Darier. — Irido-choroïdite chronique. *Ann. d'oculist.* t. 113. p. 34.

— Des tuberculoses oculaires et de leur traitement. Cliniq. ophtalm. 1906.

Denis. — Etude sur la nature et le traitement de certaines formes d'irido-choroïdite. Th. Paris, 1873.

Desmarres. — Traité théorique et pratique des malad. des yeux.

— Leçons cliniques sur la chirurgie oculaire, 1874.

Despagnet. — Iritis symétrique et indéterminée. *Ann. d'oculist.* t. 113, p. 273.

Deval. — Traité de l'amaurose ou goutte sereine. Paris 1851.

Distler. — Uber die aetiologie des chronischen irido-choroïdi-

les der Erwaschenen. *Opht clin.* Stuttgart 1906, X p. 385-392.

Dor. — Denx cas d'affections oculaires dépendant de troubles de la menstruation. *Bull. de la Soc. franç. d'opht.* 1884, p. 152.

— Tuberculose inflammatoire de l'œil : les tuberculides, les tuberculies et les para-tuberculoses oculaires. *Lyon méd.* 1906.

— Expériences sur les causes et le traitement de la fluxion périodique du cheval. Rec. sur l'hygiène et la méd. vét. mil. 3me série. t. III, p. 428-454.

— Tuberculose inflammatoire de l'œil, traitée par la tuberculine. *Lyon médical* 1910. C. XIV, p. 129.

Dunn, Percy. — Etiology of iritis. *British méd. journ*, nov. 1910.

Espinat. — Des irido-choroïdites métritiques. Th. Paris 1896.

Fage. — Terminaison de la tuberculose de l'iris. *Archiv. d'opht.* 1909.

Fano. — Traité pratique des maladies des yeux, 1866.

Feilchenfeld. — Ueber spontane irido choroïditis chronica (uvéïte irienne) *Zeitschr. f. augenh.* Berl. 1901, v. 19-24.

Folkenberg. — Ein Beitrag sur pathologie und therapie der irido-cyclitis tuberculose. Inaugur. dissert Tubengen 1901.

Fonsagrives. — Tuberculose inflammatoire. Iritis d'origine tuberculeuse. Th. Lyon 1904.

Fromaget : Tuberculose cutanée et tuberculose du tractus uvéal. *Cliniq. ophtalm*, Paris 1902, VIII, 98, 100.

— Irido-choroïdite tuberculeuse guérie par la tuberculine. T. B. K. Angers 1910.

Fromaget et Ulry : Choroïdite séreuse à répétition coïncidant avec des poussées d'ostéo-periostite alveolo-dentaire. *Soc. d'anat. et de Physiol. de Bordeaux*, mai 1897.

Fuchs : Manuel d'ophtalmologie. Edition 1906, p. 375.

Galezowski et Berche : Irido-cyclite après castration ovarienne opotherapie. *Soc. d'opht.* 4 avril 1911.

Gendron : Etude sur quelques cas d'affections oculaires d'origine utérine. Th. Paris 1890.

Gourfein : Du diagnostic de la tuberculose de l'iris par la ponction de la chambre antérieure. *Revue médicale de la Suisse Romande* 1903.

Grandclement : Uveite Irienne. *Soc. franç. d'opht.* mai 1891. *In Archiv. d'oph.* 1891, p. 337-338.

— Nouvelle contribution à l'étude de l'uveite irienne. *Soc. des Sciences Méd, Lyon* 1896, *in Archiv. d'opht.* 1896, p. 613-617.

— Observations et considérations nouvelles sur l'uveïte irienne et irido-ciliaire. XIII° Congrès international de Médecine. *Section d'ophtalmologie.* Paris 1900. *Comple-Rendu* 1901, p. 318, 325.

— Uvéite irienne. *Lyon Medical* 1912, p. 1,347.

Graefe (de). Ueber die Coremorphosis gegen chronische iritis und irido-choroïditis. *Archiv. f. Opht.* Bd. II. Abatt. 2 p. 202.

Harriet : Contribution à l'étude des traités chroniques. Th. Paris 1907.

Hill (S. F.) Iritis and the importance ofits early recognition. *S. Méd. de Sc, Portland* 1902, VIII, 187-188.

Hocquard : Etude sur les synechies de l'iris. *Arch. d'opht.* Paris 1901, XXI, p. 23-27.

Hocquard et Bernard : Étude sur la fluxion périodique. *Rec, de Méd. vétér.*, 1882.

Hoover (F. P.) : Iritis varietis of diagnostic, diffential diagnosis, causation, treatment. *Atlanta. S. Rec. Med,*, 1902, IV, 25-28.

Hutchinson fils : Irido-choroïdite goutteuse. *Ophtalm. Hospital Rep.*, t, VII, 1873, p. 287.

— Quiet. Iritis. *Opht. Soc. of the unsted King dom*, 6 juin 1886.

Igerscheimer : Dans quelle mesure les moyens modernes de diagnostic de la syphilis héréditaire, et de la tuberculose, sont-ils à même de modifier nos conceptions sur l'étiologie de certaines affections oculaire. *Ann. d'ocullist. 1910.*

Ingalls (J.-W.) : Quiet iritis, patient, history. Brooklyn M. V. 1900, XIV, p. 823.

Janot ; Contribution à l'étude des rapports morbides de l'œil et de l'utérus. Th. Montpellier 1891.

Jennings : Ch. W. and Hill, Emory. *Aetiology of iritis, Ophtalmology,* october 1909.

Jocqs : Causeries cliniques sur les affections oculaires latentes, 1896.

— Valeur semeïologique de certains troubles oculaires, 1899.

Kirmisson : Manuel de pathologie externe, 1903.

Krschitsch : Tuberculose oculaire et taberculine. Th. Nancy 1907.

Kruckmann : Erkrankungen der uvea, glaskorpers und der sklera. *Lehrb. f. Augenh. hrsg.* V. th. Axenfeld. *Sena* 1909, p. 388-443.

Kung : Dreï falle von tuberkulose der uvea unter besonderer Beruck sichtigung ihrer anatomis chen ver breitungsweise. *Klin. Monatsbl. f. Angenh. Stattg,* 1901, II 531-539.

Lagrange : Iritis torpide ou insidieuse. in, *Précis d'ophtalmologie,* 1897.

Lapersonne (de) : De l'uveïte dyscrasique. *Bull. méd. du Nord,* 1889.

— Étiologie des iritis. *Bull. méd.* 1891.

— Existe-t-il une iritis blennorhagique. *Arch. d'ophl.* 1905.

— Ophtalmo-réaction. *Presse médicale,* 1907.

— Clinique inédite de l'Hôtel-Dieu, 17 mars 1911. Rapportée dans la thèse de Mlle Tschoumakova. Paris, 1911.

Lassus : Pathologie chirurgicale. *Paris,* 1806, t. II, p. 539.

Leber : Irido-choroïdite progressive. *Arch. f. ophl.,* XXXI. fasc. 4 et XXI 3.

Liegard et Affret. — La réaction de Wasserman dans les affections oculaires. *Ann. d'ocul.* déc. 1912.

Lowe T. Pagan. — Etiology of iritis. *British méd. journ.* nov. 1910.

Ludlam. — The physiological and morbid relations existing betwen the uterus and the eyes. *New-York medical* Times juillet 1893.

Mackenzie. — Traité pratique des maladies de l'œil, 1857.

Mazet. — Iritis métritiques. *Ann. d'oculist.* tome 120, p. 366.

Moissonnier. — Irido-cyclite tuberculose, *Arch. d'opht.* 1904.

Morax. — Précis d'ophtalmologie, 1906.

Morax et Chaillous. — Sur le diagnostic des affections tuberculeuses de l'appareil visuel. *Ann. d'oculist.* 1901.

Nicati. — Physiologie oculaire 1909.

Nicolas. — Les maladies inflammatoires du tractus uvéal chez le cheval. Paris 1901.

— Ophtalmologie vétérinaire et comparée. Paris 1908.

O'Sullivan and Story. — Tuberculose of iris and choroïdea. Tr. Roy acad. M. Ireland. Dublin 1900 XVII.

Panas. — Traité des maladies des yeux, 1894.

— Le rôle de l'auto-infection dans les maladies oculaires : Rapport au Congrès d'ophtal. mai 1897.

— Irido-choroïdite insidieuse. Etiologie, diagnostic et traitement. *Semaine méd.* Paris 1900, p. 105.

Parenteau. — L'iritis et l'irido-choroïdite liés aux affections utérines (vitréite). Comptes-rendus du congrès international d'homéopathie. Paris 1889.

Péchin. — Tuberculose de l'iris et du corps ciliaire. *Arch. d'opht.* 1899.

— Forme spéciale de la tuberculose du tractus uvéal. *Arch. d'opht.* 1906.

Percepied. — Note sur 2 cas d'iritis séreuse rhumatismale récidivante. *Revue méd. du Mont-Dore.* Clermont-Ferrand. 1902, III, p. 70-73.

Piganeau. — Contribution à l'étude de la menstruation et des affections oculaires due à sa suppression. Th. Bordeaux 1911.

Posey. W. Campbell : Résultat inespéré obtenu par l'irectomie dans un œil atteint d'irido-cyclite et de cataracte compliquée. *Soc. Med. de Philadelphie (sect. d'opht.)* 7 avril 1906. (*n. Ann. d'oculist.* 1906. tome LXXXVI, p. 491.

Poynton : Quelques observations sur la pathogénie de l'iritis rhumatismale. *The ophtalmoscope*, oct. 1903, p. 123.

Puech : Affections du tractus uvéal, liés à l'établissement de la puberte. *Rec. d'opht.* sept. 1889.

Radiguer : Role des toxines tuberculeuses locales. Th. Paris 1905.

Robine : De l'iritis d'origine nasale. Th. Paris 1900.

Rochon-Duvigneaud : Irido-choroïdite double de cause indéterminée. *Soc. d'Opht.* Paris, juillet 1910.

Rydel : Ein fall von chronischen irido-choroïditis (*Bericht ueber die Augens Klinik der Wiener universitat* 1867).

Saint-Martin : De l'iridectomie dans les irilis à recherches. Th. Paris 1886.

Saulay : Iritis cataménial. *Ann. d'Oculist.*, tome III, p. 228.

Scaffidi V. : Sopra un caso di tuberculosi ironica della coroïde. *Policlin. Roma* 1903, X, *Soc. de méd.* pp, 270-275.

Schindler : Commentatio ophtalmologica de iritide. *Chronica ex Keratonyxide suborta.* Vrastislaviæ 1814.

Schweinitz (de) : La symptomatologie et l'étiologie de certaines variétés d'uvéïtes. *Journ. of american medical. association*, 20 sept. 1902.

— Choroïdal diseases : Their relation to general diseases and particulary to infection, intoxications and auto-intoxications. *Ann. opht. New-York* 1906, XXXV.

Senn : Zur œtiologie der chronischen sogen, idiopathis hen irido choroïd. *Cor. Bl. f. Schweiz. Aereste Basel*, 1900, XXX. p. 530.

Sydney-Stephenson : La pathogénie de l'irido-cyclite. The ophtalmoscope, 1er juin 1907.

» 1er octobre 1907.

The Lancet, 29 février 1896.

Stock : Tuberkulose als œtiologie der chronischien Entzundungen des Auges und seiner adnexe beson ders chronischen uveïtis. *Arch. f. opht.* Leipzig, 1907. XVI, p. 103.

Terrien : *Prècis d'ophtalmologie*, 1908.

-- Sur une forme atténuée de la tuberculose du globe oculaire. *Progrès médical*, 5 avril 1913.

Terrien et Cantonnet : Les éléments figurés du sang et le diagnostic étiologique des iritis.

Trachear Collins : Tuberculose intra-oculaire. Congrès de Lisbonne, 1906.

Trousseau : Iritis cataménial. *Soc. franç. d'opht.* Juin 1890.

Truc : Irido-choroïdite plastique consécutive à un avortement provoqué. *Nouveau Montpellier médical*, 1892.

-- Uveïte chronique double. Leçon clinique rapportée dans la thèse de Charlet.

-- Des uveïtes chroniques tuberculo-rhumatismales. *Soc. franc, d'opht.* mai 1912.

Tschoumakova (Mlle) : Des formes atténuées de la tuberculose du segment antérieur de l'œil. Thèse Paris 1911.

Vacher : Note sur l'iridectomie périphérique avec irido-dialyse. *Rev. Gén. d'oph.*, 1900, p. 443-444.

Valude : L'utérus et l'œil. *Semaine médicale*, 26 février 1890.

Van Duyse : Uveïte endo-metritique dans un œil colobomateux ophtalm. provinciale, mars 1909.

Vaughan : Some observations upon syphilitic manifestations in the uveal tract : the iris, ciliary body and choroïd. New-York M. D. 1900 LXXII p. 145-148.

Velpeau : Article sur l'iritis. Tome 17 du Dictionnaire de médecine, Paris 1838.

Venneman : Iritis tuberculeuse. *Encyclopédie franç. d'opht.* tome VI, p. 607.

Vidal : Des troubles ponctués de la face postérieure de la cornée. Thèse Lyon 1894.

Vignes et Batheaud. — Irido-choroïdite d'origine utérine. *Ann. d'ocvlist.* tome 117, p. 139.

Walther. — Septem der chirurgie o Freibourg in Breisgau, 1848, t. IV

Wardrop S. — Essays on the morbid anotomy of the human eye. Edinburg 1908. London 1818.

Wecker (de). — Des manifestations oculaires diathésiques : scrofulose, rhumatisme, syphilis. *Ann. d'oculist.* Bruxelles 1881.

— Iritis métritique. *Semaine méd.* 1891.

Weller. — Traité théorique et pratique des maladies des yeux. Paris 1832,

Soelberg Wells. — Observation d'irido-choroïdite démontrant les effets avantageux d'iridectomies répétées. Opht. hosp. reports n° III nouvelle série, p. 230.

Woods H. — Analyse de 37 cas d'uveïte. *Journal of american association*, sept. 1902.

Worth. — Etiology of iritis. *British med. journ.* August. 13 th. 1910.

Zimmermann G. : Résultat du traitement des irido-choroïdites par l'iridectomie. *Inaugural dissertation Bâle* 1903. *In Revue generale d'opht.* 1903, p. 351.

Zür Nedden : La valeur thérapeutipue et diagnostique de la ponction précoce de ia chambre antérieure dans l'iritis. XXXIII^me^ Congrès de la Société allemande ophtalmologique de Heidelberg, 6-8 août 1906.

Imprimerie spéciale de la Librairie Ollier-Henry
26, Rue Monsieur-Leprince. — Paris.